FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

P. HURRIER
Né le 12 Avril 1880, à Ollainville (S.-et-O.).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

E L'OBLITÉRATION DES VAISSEAUX MÉSENTÉRIQUES

PROPOS D'UNE OBSERVATION PERSONNELLE ET INÉDITE

Président : M. LETULLE, *Professeur.*

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1920

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR M. POUCHET

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Pactériologie	BESANCON
Carasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Bathologie et Thérapeutique générales	N.
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	M NETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBILEAU.

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LOEPER	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ
CAMUS	LABBE (Henri)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LANGLOIS	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LECENE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LEMIERRE	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LENORMANT	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEQUEUX	RIBIERRE	
GUENIOT	LEREBOULLET	RICHAUD	
GUILLAIN	LERI	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LETULLE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine.

En remerciement d'avoir bien voulu nous faire le grand honneur de présider notre thèse.

A M. LE DOCTEUR COURTOIS-SUFFIT

Médecin des Hôpitaux.

Qui a bien voulu nous permettre de recueillir l'observation qui fait l'objet de cette thèse.

INTRODUCTION

En Novembre 1919, alors que, terminant nos études médicales, nous suivions le service de notre maître, M. le Docteur Courtois-Suffit, nous avons eu l'occasion d'observer un malade atteint d'oblitération des vaisseaux mésentériques, chez lequel le diagnostic un moment hésitant, fut cliniquement soupçonné et vérifié à l'intervention chirurgicale.

L'arrivée trop tardive du malade à l'hôpital et l'étendue des lésions observées qui nécessitèrent une résection importante de l'intestin avaient mis l'opéré dans un état général tellement précaire qu'il mourut peu après la fin de l'opération.

Nous avons cependant cru intéressant de rapporter cette observation et d'en faire le sujet de notre thèse, d'abord en raison du peu d'observations analogues publiées en France et aussi, du fait que le diagnostic d'oblitération des vaisseaux mésentériques fut posé avant l'intervention alors que, le plus souvent, dans les cas semblables, si le syndrome péritonéal ou les signes d'occlusion intestinale posent l'indication opératoire, le

diagnostic de l'origine exacte des accidents n'est fait qu'au cours de l'opération ou, pour les cas inopérables, à l'autopsie.

L'oblitération des vaisseaux mésentériques est, à l'heure actuelle, bien connue et a été étudiée, dans ces dernières années au point de vue étiologique, pathogénique et anatomo-pathologique par de nombreux auteurs. Mais, dans tous les travaux publiés sur ce sujet, on s'accorde à dire que les symptômes présentés par les malades sont loin d'être caractéristiques, qu'il en résulte que le diagnostic est exceptionnellement fait, ce qui contribue à expliquer, pour une grande part, la très grosse mortalité opératoire relevée dans les statistiques.

Nons n'avons donc pas l'intention ni la prétention de faire ici œuvre nouvelle. Nous renvoyons pour les travaux d'ensemble sur cette question aux articles de Gallavardin, de Jacoulet, Auvray, Letulle, etc... à la revue générale de Sauvé, dans le *Journal de Chirurgie*, aux thèses de Lagane, de Robert et de Hébert de la Rousselière.

Nous nous proposons, seulement, de présenter et de discuter au point de vue clinique et diagnostique une nouvelle observation d'oblitération des vaisseaux mésentériques.

Observation personnelle.

S... Paul, âgé de 50 ans, voyageur de commerce, entre à l'hôpital Dubois le 5 Novembre 1919. Il est très agité, se

plaint de douleurs abdominales intolérables et présente des vomissements sanglants. Un premier examen pratiqué une demi-heure après son arrivée permet de constater que le ventre est souple, le pouls normal, la température à 37°5. Le malade, très dyspnéique, ne s'exprime que par signes et localise sa douleur à la région épigastrique. Rien d'anormal à l'auscultation des poumons et du cœur. Urines normales. Il est impossible d'obtenir d'autres renseignements du malade lui-même. L'opportunité d'une intervention d'urgence est envisagée et rejetée.

Antécédents : On apprend le lendemain par la famille que S... était, peu de jours avant, en bonne santé puisque la maladie actuelle a débuté au cours d'un voyage d'affaires. Sa santé, du reste, a toujours été satisfaisante et on ne signale, dans ses antécédents, que quelques troubles intestinaux mal définis.

Le 27 Octobre, soit 8 jours avant son entrée à l'hôpital, S... s'est plaint de douleurs lombaires violentes avec un peu de sensibilité à la palpation de l'abdomen, dans la région du côlon transverse, dit-on.

Son médecin traitant qui l'a examiné à ce moment là et que nous avons pu interroger à ce sujet, n'a pas trouvé de défense de la paroi. Le ventre était souple et l'examen des organes abdominaux n'a rien montré d'anormal; une purgation a été prescrite et administrée à cette époque. Elle a permis l'évacuation de selles abondantes, noirâtres et moulées qui n'ont pas calmé toutefois les douleurs lombaires.

Ces douleurs persistent encore sans modifications pendant les jours suivants. L'état général reste bon. Il n'y a pas de vomissements ni de troubles intestinaux. Urines normales.

Le 5 Novembre au matin, l'état s'aggrave subitement. Le malade a un vomissement sanglant et est pris de dyspnée. On le transporte d'urgence à l'hôpital.

Examen : A son entrée, après que l'agitation du malade a été calmée, on peut faire les constatations suivantes :

L'examen du cœur et des poumons ne révèle rien d'anormal. Le pouls est à 90°. Abdomen : le ventre est souple, mais la palpation dans la région épigastrique réveille une douleur assez vive et on a l'impression de sentir, dans la profondeur, une masse de consistance assez molle et assez volumineuse. Le malade a encore eu un vomissement sanglant abondant. Il a eu également une selle liquide. Les urines émises ont été examinées et ne contiennent ni sucre, ni albumine. Il n'existe aucun symptôme d'occlusion intestinale. Le toucher rectal pratiqué n'a rien décelé d'anormal.

Néanmoins, en présence de la persistance des vomissements, de la dyspnée intense, on demande à M. le Docteur Labey, chirurgien des Hôpitaux, de bien vouloir examiner le malade. Après examen, M. Labey décide de ne pas intervenir, au moins immédiatement, en l'absence d'un syndrome net d'occlusion et pensant qu'il s'agit peut-être d'accidents d'origine pancréatique. On met de la glace sur le ventre; sérum rectal goutte à goutte. Morphine.

Le 6 Novembre, l'état reste stationnaire. Le malade souffre moins, mais a encore eu un vomissement sanglant. Les urines sont plus rares et plus foncées. Le malade a eu des gaz. Abdomen normal. Agitation légère.

Le 7 Novembre, la situation se modifie. On sent nettement, cette fois, à la palpation de l'abdomen qui est un peu plus douloureux et tendu, une masse allongée, presque verticale et médiane, siégeant dans la région sous-ombilicale, de consistance molle. La température est à 37°8, le pouls à 112. Le malade a un vomissement noirâtre, d'odeur nettement fécaloïde. Pas de gaz depuis la veille au soir.

M. Labey revient voir le malade, rejette toute idée d'affection pancréatique; il pense, en raison de la douleur, des vomissements et des selles sanglantes, de la masse sentie à la palpation, à la possibilité d'une oblitération des vaisseaux mésentériques et décide d'intervenir immédiatement.

Opération : Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale.

Liquide séro-hématique dans le ventre. Les anses grêles situées du côté droit ont un aspect souple et normal. On dégage la fosse iliaque gauche et, dans le petit bassin, on trouve un paquet d'anses intestinales augmentées de volume, épaissies, reliées à un mésentère très épais, dur, injecté de sang. Une de ces anses présente une plaque de gangrène circulaire qui s'étend sur une longueur de 10 à 12 centimètres. Elle baigne dans un liquide d'odeur fétide.

Résection de l'anse et de son mésentère sur une longueur de 15 centimètres. Anastomose termino-terminale. Lavage à l'éther de la cavité abdominale. Fermeture avec drainage.

Terminaison : Le malade meurt quelques heures après l'opération. L'autopsie n'a pu être pratiquée et on n'a pu, de ce fait, préciser le siège exact de la lésion. La dissection de la pièce opératoire a montré un énorme épaississement du mésentère atteignant, en certains endroits, plus d'un centimètre. Les veines intestinales paraissent perméables tandis que les artères sont épaissies, en tuyau de pipe. L'intestin est rempli de sang noir à demi-coagulé.

Telle est l'observation que nous avons pu recueillir et dont nous allons maintenant discuter un certain nombre de points en les comparant aux données que l'on possède actuellement sur ce même sujet.

DISCUSSION

Ayant suivi l'évolution clinique de ce malade, nous avons confronté son histoire pathologique avec les observations groupées auparavant par d'autres auteurs et, en particulier, par Lagane dans sa thèse, par Sauvé, dans sa revue générale et par Hébert de la Rousselière dans sa thèse si documentée de 1914.

La lecture de ces différents travaux nous a suggéré les réflexions suivantes :

A. — Étiologie.

On est actuellement assez bien fixé sur les conditions étiologiques qui déterminent l'oblitération des vaisseaux mésentériques.

L'âge semble avoir peu d'importance, de même que le sexe, bien que les hommes soient plus fréquemment atteints que les femmes. Les oblitérations artérielles semblent plus fréquentes que les oblitérations veineuses.

Les *oblitérations veineuses* peuvent être de deux

sortes : les unes, secondaires, peu intéressantes au point de vue du diagnostic, car elles consistent dans l'extension aux veines mésentériques de lésions existant déjà sur le système porte. C'est la gêne circulatoire qui favorise ainsi l'extension des lésions.

Beaucoup plus intéressantes sont les thrombo-phlébites mésentériques primitives, les « infarctus infectieux », qui reconnaissent, ainsi que ce nom l'indique, pour cause capitale une infection, rarement extra-abdominale (parotidite suppurée, phlegmon du cou, grippe, etc.), beaucoup plus souvent abdominale (pelvienne, organes génitaux, intestin). L'infection utérine, l'appendicite, sont les causes les plus fréquentes. Plus rares et discutables sont les thromboses attribuées à des lésions causées par la fièvre typhoïde, l'urémie. Les cancers intestinaux, le cancer du rectum en particulier, le cancer du pancréas peuvent se terminer par une thrombo-phlébite mésentérique. On a signalé l'oblitération des vaisseaux mésentériques à la suite d'interventions chirurgicales, à la suite d'opérations de hernie, d'énucléation d'une tumeur mésentérique, etc..

L'*oblitération artérielle* est plus simple et mieux connue, en particulier grâce aux travaux de Lagane publiés dans sa thèse inaugurale. Elle se ramène à deux causes : l'embolie et la thrombose. Il peut s'agir de d'endocardite avec lésions valvulaires mal compensées, quelquefois d'accidents dûs à une aortite chronique. L'endartérite oblitérante est, par contre, la cause capitale de la thrombose et sa localisation sur les artères mésentériques s'expliquerait par la situation de ces

artères en rapport avec les toxi-infections intestinales (Hébert de la Rousselière).

La syphilis jouerait un rôle non douteux pour Lagane. Enfin, on a noté des thromboses de l'artère mésentérique supérieure au cours de septicémies.

A laquelle de ces variétés devons-nous rattacher l'histoire de notre malade? L'âge du sujet, les constatations faites à l'opération et à la dissection de la pièce nous permettent de penser qu'il s'agissait d'une oblitération artérielle. Reste à préciser son origine. L'évolution aiguë de l'affection n'a pas permis de faire subir au malade un interrogatoire assez complet, en particulier au point de vue des antécédents syphilitiques, ni de pratiquer la réaction de Bordet-Wassermann qui eût pu nous éclairer en partie à ce sujet.

Il s'agissait d'un homme de 50 ans, probablement buveur, gros mangeur. La dissection de la pièce opératoire a permis de constater l'épaississement des parois artérielles intestinales. Ce malade avait eu, par intervalles, des crises abdominales plus ou moins douloureuses, de l'entérite.

Nous inclinons pour toutes ces raisons, à penser, en l'absence de toute autre étiologie nette, que notre malade était un artério-scléreux chez lequel s'est produit une oblitération de l'artère mésentérique supérieure avec le tableau clinique bien décrit par Teissier, puis par Lagane sous le nom d'artério-sclérose intestinale.

Différentes constatations cliniques viendront, du reste, ainsi que nous le verrons, à l'appui de cette hypothèse étiologique.

B. — Symptomatologie.

Il est très difficile de décrire la symptomatologie de l'oblitération des vaisseaux mésentériques, et la plupart des auteurs ont renoncé à tracer un tableau clinique, même schématique de cette affection qui, pour Schoemaker « n'aurait pas de symptômes nets ». C'est également l'avis de Fischer qui, en 1905, pouvait écrire: « Après 40 ans de recherches, nous ne sommes pas plus éclairés ». Hébert de la Rousselière, dans sa thèse, confirme encore cette opinion, en disant que ce qui était vrai en 1905, l'est encore en 1914.

Tout en reconnaissant la part d'exactitude contenue dans ces assertions et sans méconnaître l'extrême variabilité du tableau clinique de l'oblitération des vaisseaux mésentériques, nous croyons que l'on peut, au moins pour les formes moyennes, tracer un tableau clinique dont les quelques symptômes, lorsqu'ils se trouvent réunis, peuvent mettre sur la voie du diagnostic, surtout si l'enquête étiologique oriente les recherches vers une lésion vasculaire mésentérique.

Avec Auvray, Sauvé et d'autres auteurs, nous croyons donc que l'on peut décrire, avec les réserves énoncées ci-dessus, une forme schématique, nous réservant d'exposer ensuite et de discuter les différentes anomalies que l'on peut observer en clinique.

Dans sa *forme typique*, l'oblitération des vaisseaux mésentériques se traduit par deux ordres de symptômes :

Dans une première période de début, les trois symptômes cardinaux sont : la douleur, les vomissements, la diarrhée. A cette période, fait suite une phase terminale caractérisée par un syndrome d'occlusion intestinale aiguë.

Le début se fait, le plus souvent, chez un sujet en bonne santé apparente, d'une façon brusque et dramatique.

Le malade ressent tout à coup une *douleur* terrible dans le ventre. Cette douleur, en coup de poignard, que le malade compare encore à la brûlure d'un fer rouge, se localise bientôt *autour de l'ombilic*.

Très rapidement, le faciès du malade s'altère ; il est grippé, le nez pincé, le front couvert de sueurs froides ; c'est en somme le tableau bien classique du début d'une perforation intestinale, d'une péritonite suraiguë, etc...

La douleur ne se calme pas dans les minutes qui suivent. Elle s'exagère au contraire. Elle est exquise superficielle, provoquée et exaspérée par le moindre attouchement au point que les malades, ainsi que le font remarquer Parmentier et Chabrol demandent « qu'on ne les touche point ».

Cette douleur peut être telle qu'elle provoque de véritables hurlements. Localisée d'abord autour de l'ombilic, elle peut se généraliser à tout l'abdomen, tout en conservant son maximum d'acuité au niveau de son siège initial.

Les *vomissements* qui apparaissent peu après le début sont d'abord alimentaires, puis glaireux ou

bilieux. Quelquefois, on assiste à des vomissements très abondants, aqueux, et tels, dit Sauvé, que l'idée d'une transsudation séreuse s'impose.

Mais ces vomissements ne sont vraiment caractéristiques de l'oblitération des vaisseaux mésentériques que s'ils deviennent *sanglants*.

La quantité de sang est, du reste, très variable, allant de quelques filets de sang à une véritable hématémèse de sang en partie digéré, ou encore rouge.

Ces hématémèses peuvent se prolonger pendant plusieurs jours. Elles constituent un des meilleurs symptômes, mais sont malheureusement assez inconstantes.

La *diarrhée* est le troisième symptôme en date. Elle apparaît un peu après les vomissements. Comme eux, elle est fluide, hydrique, profuse et peut être sanglante, ce qui est encore un excellent signe. Comme pour les vomissements, on assiste à de véritables *hémorragies intestinales*, d'abord noirâtres, puis de sang rouge pur. Ces hémorragies ne surviennent en général que 24 heures après le début et durent de quelques heures à 48 heures au maximum, car elles précèdent de peu la période d'occlusion intestinale.

Les entérorrhagies peuvent quelquefois persister après l'apparition des signes d'occlusion intestinale (Sauvé). Dans certains cas également, on assiste, après un début dramatique, à l'évolution d'une péritonite par perforation; dans la majorité des cas, l'évolution se fait vers l'occlusion intestinale aiguë et son tableau clinique ne diffère par aucun signe des autres genres

d'occlusion aiguë : il y a arrêt absolu des matières et et des gaz ; ballonnement du ventre ; météorisme. A noter cependant, dans certains cas, un signe assez particulier : il y a, dans les cas d'oblitération des vaisseaux mésentériques une paralysie intestinale plus complète que dans les autres formes d'occlusion, et ceci explique l'absence de péristaltisme.

*
* *

Tel est le tableau schématique que l'on peut tracer de l'oblitération des vaisseaux mésentériques dans sa forme typique. Si l'on compare cette description à notre observation rapportée ci-dessus, ainsi qu'aux différents types cliniques que nous reproduisons plus loin, on peut voir combien différents dans leur aspect, leur apparition, leur évolution, se présentent certains symptômes, au point qu'il est nécessaire de reprendre séparément l'étude de chacun d'eux afin d'envisager leurs différentes modalités cliniques.

*
* *

Le début, classiquement brusque, peut quelquefois être précédé de prodromes, ce qui est à la vérité assez exceptionnel. On note quelques douleurs dans l'abdomen qui ne cessent point et au contraire s'exagèrent peu à peu. Tel était le cas rapporté par Hamilton où le malade ressentait depuis quatre jours des douleurs dans le ventre lorsqu'apparut et évolua rapidement la symptomatologie de l'infarctus intestinal. Mignon et

Dopter, Péron et Beaussenat, Codmann, Greenough ont rapporté des observations analogues. Castaigne a publié l'histoire d'une malade qui présentait depuis cinq mois des selles sanglantes.

Le début peut également se faire en deux temps; Auvray et Sauvé en ont rapporté des observations assez démonstratives.

Dans le cas d'Auvray, il s'agissait d'un homme âgé de 45 ans qui, depuis deux jours, souffrait de violentes douleurs abdominales avec vomissements. Une rémission de 10 jours se produisit pendant laquelle le malade put s'alimenter puis, le 12e jour depuis le début des accidents, apparurent tous les symptômes d'une occlusion intestinale aiguë à laquelle le malade succomba sur la table d'opération : il existait, sur une largeur de 0,25 centimètres, un infarctus près du duodénum.

D'après Sauvé, cette évolution en deux temps peut se faire sous forme de 2 crises se succédant à intervalle éloigné, la crise terminale étant aussi dramatique que si elle s'était produite d'emblée.

Lerat et Cléret, Picot, ont publié des observations analogues.

Signalons enfin la forme décrite par Lagane sous le nom d' « artério-sclérose intestinale », où les accidents évoluent d'une façon chronique : douleurs abdominales, névralgies, digestions pénibles, vomissements, nausées, puis brusquement, le malade ressent une douleur atroce dans l'abdomen et meurt au milieu du syndrome de l'occlusion intestinale aiguë.

Si nous analysons maintenant les symptômes présentés par notre malade, dans la limite où on peut le faire puisque nous n'avons pu l'observer que 8 jours après le début de son affection, nous croyons que c'est à cette dernière forme d'artério-sclérose intestinale qu'il y a lieu de rattacher l'origine de ses accidents. Il s'agissait, en effet, d'un malade ayant présenté des troubles dyspeptiques, âgé de 54 ans, voyageur de commerce, probablement buveur, d'aspect floride, chez lequel les accidents évoluèrent progressivement en huit jours pour n'aboutir que le 10e jour à un syndrome d'occlusion intestinale suffisamment net pour commander l'opération.

La douleur présentait, chez notre malade, quelques caractères bien classiques : elle était extrêmement violente, arrachait des cris, elle était péri-ombilicale présentant un caractère intéressant car peu fréquent; à savoir qu'elle était particulièrement marquée dans la région lombaire. C'est là un caractère sur lequel les auteurs insistent en général assez peu : cependant Kussmann et surtout Lerat et Cléret attribuaient une grosse importance à cette *douleur lombaire*. Ces derniers auteurs pensent que : « en face des douleurs lombaires coexistant avec un syndrome d'occlusion et des hémorragies intestinales, on doit songer à une thrombose mésentérique ».

Les autres auteurs notent bien l'irradiation aux lombes comme aux cuisses, aux fosses iliaques, mais ne signalent pas le début lombaire — et ceci résulte des statistiques suivantes.

Dans la statistique de Jackson, Porter, Quimby qui porte sur 214 cas on note, pour cent :

Douleur dans tout l'abdomen	51
— dans l'épigastre	8
— au-dessous de l'ombilic	7
— à la partie inférieure de l'abdomen	4
— hypocondre droit	4
— abdomen supérieur	4
— hypogastrique	3
— fosse iliaque droite	3
Absence de toute douleur	8

Mais il n'est pas question de douleur lombaire.

De même dans la statistique d'Hébert de la Rousselière basée sur 184 observations.

Douleur péri-ombilicale	45
— hypocondre droit	10
— hypocondre gauche	2
— fosse iliaque gauche	1
— fosse iliaque droite	6
— région vésicale	1
— partie inférieure de l'abdomen	6
— généralisée à tout le corps	13
— dans hernie irréductible	1

Là encore il n'est pas question de douleur lombaire.

Peut-on, du fait du siège de la douleur, déduire le siège de la lésion? Cela paraît douteux. Parmentier et Chabrol affirment que non; Hébert de la Rousselière, après avoir soigneusement étudié près de 200 observations pense qu'on peut tout au plus, du fait du siège et

de la fixité de la douleur, prévoir que la lésion siège ou non sur une portion fixe ou mobile de l'intestin et encore c'est une simple hypothèse qui est loin d'avoir été confirmée dans chaque cas particulier.

Les vomissements constituent ainsi que nous l'avons déjà dit, un symptôme important lorsqu'ils sont sanglants.

Chez notre malade ils se présentaient précisément avec ce caractère bien spécial qui contribua à mettre sur la piste du diagnostic. Malheureusement ce symptôme est rare puisque Hébert de la Rousselière ne le rencontra que 12 fois sur 184 observations. Les vomissements alimentaires ou bilieux, qui eux sont constatés d'une façon constante, n'ont malheureusement aucun caractère pathognomonique.

La diarrhée présente également les mêmes caractères et, chez notre malade, ce fut encore un des symptômes qui attirèrent l'attention sur l'oblitération possible d'un vaisseau mésentérique. Cette diarrhée n'est, en général constante que pendant les premières heures et elle cesse dès que se produit la paralysie intestinale. Chez notre malade, on nota des selles sanglantes. Ce symptôme, comme l'hématemèse, est rare. Deckart l'a noté 16 fois sur 45 cas; Jackson Porter dans 40 p. 100 des cas; Hébert de la Rousselière, 29 fois sur 78 cas. La rareté des selles sanglantes est assez facile à expliquer : au moment où elles pourraient se produire, apparaît la paralysie intestinale, et du fait de cette paralysie, le sang épanché dans l'intestin ne peut être évacué à l'extérieur et certains auteurs ont pu dire qu'il

y avait toujours épanchement dans l'intestin mais rarement évacuation à l'extérieur.

Nous n'insisterons pas sur la *période d'occlusion* qui n'a rien de spécial.

Plus intéressants sont quelques autres symptômes de second plan qui peuvent, s'ils se surajoutent aux précédents, avoir quelque valeur.

La température serait toujours abaissée et ce serait un symptôme capital au point de vue du diagnostic pour Kussmaul; de même pour Mauclaire et Jacoulet. Par contre, Parmentier et Chabrol notent une légère élévation de la température à 38°-38°5. Sauvé note d'abord un abaissement, puis un retour à la normale.

Chez notre malade, à son arrivée à l'hôpital, la température était normale, mais on était déjà au 8e jour de la maladie et nous n'avons pu savoir quelle avait été sa température depuis le début des accidents. La fièvre apparut dans les derniers jours.

Les auteurs anglais ont signalé une *leucocytose élevée*. D'autres auteurs ont noté du *ténesme* avec état béant de l'anus, du *hoquet*, une *fétidité spéciale* de l'haleine. Certains auteurs ont voulu faire intervenir pour le diagnostic, *l'examen des urines* se basant sur cette notion expérimentale que Harley et Kobisch obtenaient de la *glycosurie* en liant la mésentérique supérieure. Jackson a publié l'observation d'un malade présentant une oblitération des vaisseaux mésentériques et du sucre dans les urines, mais pour attribuer à cette observation, toute sa valeur, il faudrait être certain que le malade n'avait pas de sucre avant l'accident, ce qui

n'est pas prouvé. D'autres auteurs ont signalé la présence *d'indican*, mais ce symptôme n'est pas spécial à l'infarctus intestinal.

Plus importants sont les renseignements que peuvent fournir la percussion et la palpation.

La *percussion*, gênée quelquefois par le météorisme, permet cependant de noter une zone de matité au niveau de l'anse infarctée avec une sonorité exagérée tout autour. Quelquefois aussi, on note, dans les flancs, un peu de submatité due au liquide épanché.

La *palpation*, souvent très difficile à cause du ballonnement du ventre et de l'extrême sensibilité de la paroi, donne parfois des renseignements très précieux. Elle permet de sentir une tumeur en boudin (Elliot), ou bien une tumeur donnant la sensation d'un hématome, (Sauvé) à limites très floues (Lecène).

Chez notre malade dont le ventre était resté souple pendant presque toute l'évolution, on sentit d'abord, dans la partie supérieure de l'abdomen une masse molle, donnant, en effet, une sensation d'hématome et qu'on localisa tout d'abord au niveau du pancréas, puis du fait de l'évolution, cette sensation se modifia et l'on perçut à la fin une masse allongée verticalement qui correspondait bien à l'anse infarctée.

C. — Diagnostic.

On conçoit, après la lecture du paragraphe précédent combien peut être difficile le diagnostic de l'oblitération des vaisseaux mésentériques.

En pratique il y a lieu d'envisager différentes éventualités :

Il est des cas où le diagnostic peut être fait facilement parce qu'on pense à la possibilité de cette lésion vasculaire : c'est ce qui arrive au cours de l'asystolie, chez les cardiaques ayant eu déjà des embolies, chez les hémiplégiques, chez les malades atteints de gangrène des extrémités. Mais, dans l'immense majorité des cas, on est en présence d'un malade qui était jusqu'ici en bonne santé apparente et on ne se trouve guidé par aucune notion étiologique précise.

Le diagnostic va alors se poser à deux périodes : au début, c'est-à-dire avant l'apparition des symptômes d'occlusion; puis, à la période terminale, d'occlusion intestinale aiguë.

A la période de début, on note seulement une douleur abdominale violente, des vomissements et des selles aqueuses ou sanglantes. Rappelons que l'apparition d'une douleur lombaire, rare malheureusement, serait un très bon signe. Le siège péri-ombilical de la douleur doit attirer l'attention également. Si, à ces deux caractères de la douleur s'ajoutent des vomissements de sang ou des selles sanglantes, le diagnostic d'oblitération des vaisseaux mésentériques devient probable.

Cette probabilité est encore augmentée si on constate, à la palpation, l'existence d'une tumeur en boudin représentant l'anse infarctée.

Aussi, ayant noté ces caractères de la douleur, devra-t-on rechercher avant tout s'il y a ou non des selles sanglantes. La présence de sang dans les selles pourrait

faire penser, en effet, à un *cancer de l'intestin*, mais il s'agit rarement alors d'un individu en bonne santé apparente, mais beaucoup plus d'un malade ayant tout un passé pathologique déjà connu. *L'invagination intestinale* s'accompagne d'hémorragies intestinales mais elle survient en général chez des sujets plus jeunes et dans ce cas, il n'y a pas paralysie intestinale ; on peut sentir les contractions péristaltiques de l'intestin et au toucher rectal, on peut atteindre le boudin invaginé.

La rupture d'une *hématocèle* dans l'intestin ou le rectum, d'un *anévrisme de l'artère hépatique* dans le duodénum sont des affections trop exceptionnelles pour qu'on en puisse discuter le diagnostic.

Plus difficile est le diagnostic avec la *pancréatite hémorragique* : il y a le même mode du début, la même douleur violente, quelquefois des entérorrhagies mais, en général, le siège de la douleur est plus élevé, le malade a eu des coliques hépatiques antérieurement. Rappelons que dans notre observation c'est précisément le diagnostic qui fut primitivement posé, en raison précisément du siège élevé de la douleur. L'évolution *modifia* cette opinion par suite de l'apparition de la tumeur.

Mais, ainsi que nous l'avons déjà dit, l'entérorrhagie est loin d'être un symptôme constant et, en l'absence de selles sanglantes, le diagnostic devient quasi impossible. En effet, l'apparition d'une douleur brusque, en coup de poignard, dans l'abdomen peut aussi bien en imposer pour une appendicite (telle l'observation d'Autefage), pour une perforation de l'estomac, de l'intestin; toutes les coliques abdominales : néphrétique, hépa-

tique, saturnine débutent également par une douleur abdominale violente dont le siège cependant n'est pas aussi nettement péri-ombilical, sauf peut-être pour la colique saturnine et pour les douleurs d'entéro-colite : certains cas ont même pu être confondus avec des symptômes d'empoisonnement. La pleurésie diaphragmatique, les névralgies cœliaques, les torsions ou ruptures de kystes peuvent également donner une symptomatologie semblable. Aussi, à cette période, tout l'intérêt du diagnostic réside non pas tant dans la recherche de l'affection causale que dans la recherche des indications opératoires. Il est, en effet, de toute nécessité, si l'on veut avoir quelque chance de succès, d'opérer avant la période d'occlusion intestinale.

A la période d'occlusion, le diagnostic étiologique n'est plus guère possible et la constatation d'une oblitération des vaisseaux mésentériques n'est plus qu'une surprise d'opération ou d'autopsie.

Cette difficulté du diagnostic de l'oblitération des vaisseaux mésentériques est confirmée par les statistiques : sur 189 observations, il ne peut être fait que 14 fois pendant la vie.

On s'étonne, dit Hébert de la Rousselière, devant la difficulté du diagnostic de cette affection, que certains auteurs aient de plus cherché à diagnostiquer la variété d'oblitération : artérielle, veineuse ou artérielle et veineuse.

La lecture de nombreuses observations nous montre que ce diagnostic est quasi impossible cliniquement.

Certains auteurs ont dit que le début était plus brusque et plus typique dans les oblitérations artérielles. Sauvé a noté la fréquence plus grande des accidents hémorrhagiques dans l'infarctus artériel, plutôt que dans les oblitérations veineuses. Hébert de la Rousselière, reprenant ces recherches, n'a pu arriver à une conclusion nette : il note seulement que les hématémèses seraient plus fréquentes dans les affections veineuses, tandis que l'entérorrhagie se rencontrerait plutôt dans les oblitérations artérielles.

D. — **Pronostic.**

Et cette difficulté du diagnostic vient confirmer et expliquer le pronostic particulièrement grave de cette affection. Pour Zésas qui a publié en 1910 un très long mémoire sur cette question, la mortalité serait de 95 p. 100. Pour Jackson Porter, Quinby, elle serait même de 100 p. 100. Mauclaire et Jacoulet, Gallavardin sont du même avis. On a, cependant, publié des cas de guérison : Sauvé en rapporte plusieurs dans son mémoire du Journal de Chirurgie et plus récemment Autefage en a apporté une observation à la Société de Chirurgie.

Peut-on, dans les quelques cas de guérison, attribuer une valeur à la nature de l'oblitération : les auteurs ne le pensent pas en général.

On a pu également parler de guérison spontanée de ces accidents mais on ne peut accueillir cette notion qu'avec scepticisme car, ainsi que le disent très justement Gallavardin, Zésas, Sauvé, etc., il est impossible d'en avoir la vérification.

OBSERVATIONS

Nous avons cru intéressant pour illustrer la discussion précédente de réunir ici quelques observations d'oblitération des vaisseaux mésentériques.

Nous avons choisi parmi celles qui ont été publiées, les cas intéressants soit par leur étiologie, soit par la nature des symptômes observés, soit par les résultats opératoires.

Nous renvoyons aux thèses de Lagane, Hébert de la Rousselière, au mémoire de Sauvé pour les autres observations publiées en France et à l'Etranger.

Observation 2. — *Oblitération des vaisseaux mésentériques simulant l'appendicite.*

Autefage, *Société de Chirurgie*, 22 Mai 1918.

F..., Cavalier du train, âgé de 39 ans, est adressé à l'hôpital de C... le 9 Novembre 1917, pour appendicite. Il a été pris brusquement de douleurs abdominales violentes le matin même, dès son lever.

Etat : Coliques vives au niveau de l'ombilic et de la fosse iliaque droite. Vomissements bilieux. Rétention de gaz; ventre météorisé et douloureux partout à la pression. Légère

défense de la paroi. Température 37°6. Pouls 100. Facies légèrement grippé. On se rattache au diagnostic porté d'appendicite grave.

Opération : Incision iliaque droite. Il s'écoule un liquide sanguinolent, noirâtre, fétide. L'appendice est sain. Ablation. Fermeture de la paroi et laparotomie médiane. On trouve, à 25 centimètres du cæcum, une anse grêle qui, sur une longueur de 15 centimètres, est dilatée, noirâtre. On en fait la résection. Anastomose termino-terminale. Drainage du Douglas.

Suites : Bonnes d'abord, puis au 7e jour, faciès grippé, ventre douloureux, fistule stercorale qui se tarit en une dizaine de jours et le blessé est évacué guéri le 28 Novembre. L'anse enlevée mesurait 20 centimètres et avait l'aspect d'une anse herniaire étranglée mais sans sillon en aucun point.

Observation 3. — *Artérites intestinales. Thrombo-phlébite mésaraïque. Nécrose aiguë de l'intestin au cours d'une pyohémie à streptocoques. Fièvre typhoïde ancienne.*

LAGANE, *Thèse de Paris*, Obs. 1.

Il s'agit d'une malade Mme R. T..., âgée de 40 ans, dont l'histoire clinique peut se résumer ainsi : Pas de maladies jusqu'à l'âge de 35 ans ; aucune grossesse. A 35 ans, fièvre typhoïde de forme moyenne, semble-t-il, avec hémorragies intestinales au cours du 2e septenaire. Après cette infection la malade autrefois constipée, a en moyenne deux selles liquides par jour; par périodes, crises de diarrhée plus abondante; elle se soumet à un régime alimentaire assez rigoureux. Par ailleurs, santé excellente.

Un an auparavant, a eu un abcès de la fesse gauche, guéri à la suite d'une incision, mais deux mois après, commence une série de localisations pyohémiques qui se pour-

suivent jusqu'à sa mort. Successivement elle est opérée d'adéno-phlegmon de l'aine, de pleurésie purulente à streptocoques, d'abcès périnéphrétique. En Mars 1909, ayant encore les plaies de ses incisions pleurale et lombaire non cicatrisées, elle est prise de douleurs atroces dans la région périombilicale. Malgré l'hypothermie, on porte le diagnostic de péritonite aiguë et on l'opère aussitôt qu'il est possible, 24 heures après le début des accidents. On trouve une anse intestinale noire, inerte. On referme la cavité abdominale. Mort une demi-heure après. L'autopsie de l'intestin seul a été pratiquée et nous avons pu examiner les pièces.

Examen macroscopique : L'anse gangrenée occupe la partie terminale du grêle, laissant intacts les 20 derniers centimètres de l'iléon. Elle mesure environ 50 centimètres. Elle est flasque, aplatie, d'une couleur gris noir. Par places, des placards semblent formés par une espèce de bouillie que désagrègent les instruments qui la manient. La portion de mésentère attenante, très minime semble sphacelée. On y distingue pourtant une grosse veine thrombosée. Pas d'adhérences, pas de fausses membranes sur la face péritonéale.

Cinquante centimètres de l'intestin environ sus-jacents à l'anse gangrenée ont été prélevés sur lesquels on note les particularités suivantes : la muqueuse est hyperhémiée, sa surface présente de petites érosions superficielles et minimes. Dans la partie médiane elle offre une portion nettement rétrécie, longue de 3 centimètres environ, au-dessus de laquelle la paroi intestinale semble plus épaisse. A ce niveau la séreuse n'offre aucun reliquat d'adhérences.

(Voir, pour l'examen microscopique des pièces, la thèse de Lagane page 72).

Observation 4. — *Apoplexie intestinale. Thrombo-artérites syphilitiques multiples. Phlébites intestinales et mésaraïques secondaires.*

LETULLE ET LAGANE.

A l'autopsie d'un homme de 61 ans, entré mourant à l'hôpital et considéré comme probablement atteint d'obstruction intestinale, nous avons trouvé une série fort intéressante de lésions.

Le cadavre mesure 1 m. 74 et pèse 100 kilos. Après avoir traversé une énorme couche de pannicule adipeux sous-cutané, l'abdomen est ouvert et nous découvrons à l'intestin grêle une teinte rouge brun foncé ; il est distendu et son péritoine viscéral est, par places, parsemé de quelques fausses membranes roussâtres encore peu adhérentes. Cette péritonite intestinale toute récente prédomine au niveau du point où le jéjunum (à 1 m. 50 environ de son origine) prend tout à coup cette couleur vineuse caractéristique.

En ce point et au delà, sur une étendue de 50 centimètres environ, le conduit intestinal apparaît dur, épaissi, comme infiltré dans toute son épaisseur par une infiltration sanguine qui lui donne très exactement la forme, l'aspect lisse et la consistance du boudin. Plus loin et tout le long de l'iléon, les anses grêles sont simplement distendues, peut-être quelque peu épaissies et leur coloration, on le reconnaît en les ouvrant, est due à la quantité considérable de sang partiellement coagulé qui les remplit et a teinté leurs couches constitutives. La coupe de la région apoplectique la montre gorgée de sang et 6 à 7 fois plus épaisse que normalement.

L'aspect de la lésion se complète et s'accuse encore par ce fait que la portion du mésentère qui donne insertion aux anses apoplectiques est, elle aussi, le siège de lésions identiques à celles du jéjunum : même tuméfaction extraordinaire de la membrane séreuse, même coloration brun vineuse des tissus, même enduit péritonitique léger à la surface de la

séreuse, même consistance indurée et, par endroits, lardacée du tissu cellulo-adipeux infarci par d'énormes quantités de sang et presque en totalité coagulé.

Il est impossible de suivre, sur les coupes perpendiculaires à la surface du mésentère, le trajet des vaisseaux artériels ou veineux. On reconnaît seulement un grand nombre de thrombus arrondis, moins foncés souvent que le reste des tissus infarcis qui les entourent et qu'il est assez facile de spécifier pour des veines remplies de caillots adhérents. Les rameaux de l'artère mésentérique échappent à la vue.

Le poids total du mésentère qu'on prend soin de désinsérer et de débarrasser de l'intestin est de 2.500 grammes.

Le reste des organes de l'abdomen et les replis péritonéaux n'offrent aucune trace d'hémorragies interstitielles. Le gros intestin, en particulier, est météorisé mais sain et aucun signe d'obstruction, de volvus, d'invagination ou d'étranglement interne ne peut être découvert.

La cause de la mort réside donc bien dans ce formidable foyer d'apoplexie partielle de l'intestin grêle, non loin de la fin du jéjunum, puisque les cinq derniers mètres du grêle sont simplement hypérémiés et remplis de sang sans être infarcis.

Observation 5 (Hébert de la Rousselière).

Un homme de 60 ans entre dans le service du Docteur Montprofit pour troubles urinaires. Depuis 3 ou 4 mois, il a des hématuries parfois assez abondantes. Son teint cachectique, les douleurs qu'il ressent au niveau du rein gauche qui paraît très hypertrophié à la palpation font penser à un cancer du rein. Vu l'état d'affaiblissement du malade, la présence considérable d'albumine dans les urines qui sont d'ailleurs en très petite quantité (300 à 500 grammes par jour), on s'abstient de toute intervention.

Après l'avoir gardé quelques jours en observation en chi-

rurgie, le malade passe en médecine. Là, sans éliminer le diagnostic de cancer rénal que rend très plausible l'hypertrophie du rein gauche et les hématuries persistantes, on pense plutôt avoir affaire à un artério-scléreux, comme en témoignent l'état de ses artères et la présence, au cœur, d'un gros souffle mitral. On le traite en conséquence.

Le malade était depuis quelques jours en traitement sans présenter de changement dans son état quand il est pris brusquement, vers 10 heures du soir, d'une douleur atroce dans le ventre, surtout au-dessus de l'ombilic. Il vomit aussitôt des aliments et de la bile.

On me fait alors appeler : devant les vomissements, la douleur très vive du malade qui se tord sur son lit, je pensais à une colique néphrétique et je prescrivis de la morphine et des enveloppements chauds sur le ventre.

Le malade fut d'abord légèrement calmé mais les douleurs reprirent bientôt ainsi que les vomissements.

Il mourut le lendemain dans la journée.

Autopsie : On trouva à l'autopsie une anse grêle, longue de deux mètres environ, infarctée ainsi que le mésentère correspondant.

Reins kystiques et scléreux ; le gauche présentait un kyste assez volumineux.

Observation 6 (Ed. Boinet).

Homme de 58 ans, alcoolique et probablement syphilitique, entré à l'hôpital pour affection cardio-aortique et crise d'asystolie.

Un mois après son arrivée : douleur abdominale soudaine subite et atroce au-dessous et à droite de l'ombilic.

Le tableau clinique ressemble à celui d'une occlusion intestinale brusque.

Plusieurs entérorragies abondantes se produisent quelques heures après le début des accidents et durant les deux jours

suivants. Le 2e jour, vomissements couleur marc de café. Ils persistent jusqu'à la mort.

Température rectale légèrement élevée. Vers la fin du 4e jour, les symptômes d'une péritonite septique s'accentuent et le malade meurt à une heure du matin.

Autopsie : Cœur avec insuffisance et rétrécissement mitral. Aorte ascendante avec traces d'aortite végétante.

Artère mésentérique supérieure oblitérée par un caillot d'origine embolique. Veine mésentérique supérieure très dilatée et gorgée de sang noir.

Dans le côté droit de l'abdomen se trouve un infarctus de l'intestin grêle de 0,30 centimètre environ.

Le mésentère correspondant est très congestionné, violacé. A l'examen microscopique, l'artère mésentérique supérieure est oblitérée par un caillot blanc, fibrineux, d'origine embolique envoyant des prolongements dans ses branches de bifurcation.

Observation 7 (Thévenot et Rey).

V... homme, 67 ans, entre à l'Antiquaille le 12 juin 1910 pour troubles urinaires.

A partir du 7 mars, le malade est atteint d'une orchite qui suppura.

Le 6 septembre, on constate, au périnée une collection fluctuante que l'on incise.

C'est pendant l'évolution de ces accidents urinaires que le malade est atteint brusquement d'accidents intestinaux.

Le 9 octobre, douleur brusque et violente dans le flanc droit. Pas de vomissements, pas de selles.

Au point indiqué par le malade comme siège de la douleur maxima : masse grosse comme deux poings, assez mobile.

Température : 37°. Pouls 120.

Le malade meurt le 11 octobre après un vomissement marc de café.

Autopsie : A 2 mètres du pylore, anse grêle distendue, couleur lie de vin, sur une longueur de 0,50 centimètre, mésentère épaissi, induré, œdémateux, brun noirâtre.

Dans une des branches de l'artère mésentérique supérieure, caillot grisâtre et adhérent aux parois.

Observation 8 (Gosset).

Femme, 50 ans. Présente depuis une vingtaine d'années des troubles digestifs se produisant 9 à 10 fois par an, se traduisant par vomissements, mais très passagers. Brusquement, coliques extrêmement violentes. Le premier jour, la malade va encore à la selle. Hypothermie. Le 2e jour, occlusion. C'est le diagnostic porté par Gosset, Mouchotte et Gerst; mais occlusion un peu spéciale sans grand ballonnement et sans vomissements, avec un bon état général.

Le diagnostic n'étant pas précis, Gosset n'intervient qu'au début du 3e jour, l'absence de gaz étant dûment constatée par lui depuis 24 heures. Il trouve une anse de 0 m. 80, infarctée dont le mésentère était comprimé par une bride épiploïque ayant déterminé une thrombose artérielle.

Résection de cette anse, entéro-anastomose à la soie.

Guérison complète. L'opération date du 21 décembre 1903 en 1910, la malade est en parfaite santé.

Observation 9 (Fitz).

Femme, 54 ans. Hôpital général du Massachusetts. 24 janvier 1903. A eu 11 enfants, le dernier il y a 15 ans. Il y a deux semaines, douleur très vive hypocondre droit, vomit presque aussitôt après, puis toute la matinée. Vomissements verdâtres. Selles régulières. Amélioration pendant 6 jours.

Seconde attaque. Douleur continue avec des hauts et des bas jusqu'à maintenant. Vomissements tous les jours de la semaine d'avant son entrée. Dans le quart inférieur droit

de l'abdomen, sensibilité marquée et résistance à la palpation. Dans l'abdomen inférieur, masse sensible à la palpation allongée transversalement. Température 102° F. Diagnostic : endocardite aiguë.

24 Janvier : Analyse du sang : Hémoglobine 90 p. 100. Blancs 20.200.

25 Janvier : Analyse des urines : Albumine cylindres hyalins.

26 Janvier : Blancs 28.400.

27 Janvier : Température monte. Pouls s'élève. Mort le soir.

Autopsie : Endocardite de la mitrale. Rétrécissement aortique. Cœur dilaté. Embolie et thrombus des branches de l'artère mésentérique supérieure. Cæcum, iléon, sur 1 mètre et côlon ascendant infarctés. Thrombose d'une grande branche de la veine grande mésaraïque. Les limites entre l'intestin sain et l'intestin infarcté vont en decrescendo petit à petit.

Observation 9 (C. A. Porter).

Homme, 47 ans. Electricien. Entre à l'Hôpital Général du Massachusetts le 8 Janvier 1904.

Aortique et artério-scléreux, est pris depuis 3 mois de temps en temps de petites crises d'angine de poitrine.

Se fait opérer, malgré son mauvais état, d'hémorroïdes. Quelques jours après l'opération, il est pris d'une douleur violente dans le ventre, vomit. L'abdomen se distend.

Vu l'âge de l'individu, les lésions aortiques qu'il présente, la soudaineté de la douleur avec la distension et la sensibilité de l'abdomen, on posa le diagnostic : embolie mésentérique et, malgré l'état précaire du sujet, on résolut d'opérer.

Opération : Laparotomie. Toute la masse intestinale violacée, paralysée, distendue. Dans la mésentère, on pouvait sentir l'artère mésentérique supérieure dure comme une

corde. Une partie du mésentère fut coupée, les veines seules saignèrent. L'examen du morceau coupé montra les parois artérielles très épaissies.

Autopsie refusée.

Observation 10 (Jackson).

Homme de 65 ans. Maladie de cœur. Attaques d'Angor-pectoris. Début brusque par une douleur abdominale violente. Rémission de 4 jours. Diarrhée abondante, puis arrêt brusque des selles. Le compte des globules blancs atteint 13.400. Il dure ainsi 8 jours avec des alternatives de haut et de bas et meurt. Glycosurie.

Autopsie : La plus grande partie de l'iléon est rouge bleuâtre; parois épaissies, infiltrées de sang. Les veines mésentériques correspondantes sont remplies de thrombus. Hypertrophie du cœur. Myocardite légère. Plaques d'athérome sur l'aorte.

Observation 11 (Mauclaire).

Florentine P..., 65 ans, entre le 8 novembre 1907 à l'Hôpital Dubois.

Début de la maladie, il y a 8 jours par de vives douleurs abdominales. Constipation depuis 6 jours. Depuis 2 jours, vomissements alimentaires et bilieux. Le jour de l'entrée : température : 38°3. Pouls 94.

Météorisme abdominal marqué. Tympanisme généralisé. Ventre douloureux. Rien aux touchers rectal et vaginal.

9 Novembre. Etat général aggravé. Température : 38°. Pouls 125. Extrémités froides. Vomissements noirâtres marc de café.

Diagnostic : Occlusion intestinale aiguë. Intervention. Laparotomie, liquide sanguinolent dans la cavité péritonéale. Une anse du jéjuno-iléon, longue de 30 centimètres est de

coloration rouge vineuse à paroi très épaissie. Mésentère correspondant épaissi : veines thrombosées donnent la sensation de cordes.

Entéro-anastomose au bouton de Murphy. Extériorisation de l'anse intestinale anastomosée et de l'anse infarctée. Mort le jour même.

Pas d'autopsie.

Observation 12 (Lecène).

Femme, 53 ans. Début par violentes coliques sans vomissements. L'occlusion n'est complète que le 4e jour. La palpation décèle, dans le flanc gauche une tumeur dure, mal délimitée.

Anses grêles infarctées. Résection de 1 m. 30 de grêle. Entéro-anastomose termino-terminale très rapide au bouton. Fermeture de la paroi en un plan. Mort 36 heures après. Les causes histologiques montrèrent qu'il s'agissait d'une thrombo-phlébite avec artères perméables.

Observation 13 (Lerat et Cléret).

Femme, 39 ans. A eu une fausse couche, il y a deux mois, suivie de curettage. Présente depuis 15 jours des symptômes d'occlusion incomplète. Douleurs lombaires violentes. Mœlenas.

Laparotomie. Résection par Chaput de 0 m. 75 d'intestin grêle infarcté par thrombo-phlébite. Abouchement des deux bouts à la peau. Mort.

Observation 14 (Picot).

P..., âgé de 26 ans. Homme vigoureux. Rien de particulier dans ses antécédents, sauf courte crise de douleurs abdominales dont il a souffert étant soldat.

Fut pris dans la matinée du 12 Novembre 1907, d'une violente douleur dans l'abdomen, pour laquelle un confrère fait une injection de morphine. Le Docteur Hartmann, qui voit le malade peu après, le trouve à ce moment calme, un peu somnolent : il avait de la diarrhée et souffrait par moment d'épreintes intestinales et avait eu un léger vomissement peu auparavant ; la langue est très saburrale. Pas de fièvre ; rien de spécial à la palpation abdominale. Hartmann constate, en particulier, l'absence totale de douleur au point de Mac Burney ; pas de défense abdominale, pas de ballonnement intestinal.

Le 13 Novembre, les douleurs ont entièrement disparu ; la langue est encore chargée. Etat un peu nauséeux. Huile de ricin, 30 grammes.

Le 14, la purgation a agi sans incident : alimentation liquide, repos au lit.

Amélioration les jours suivants.

Le 18, reprise violente des douleurs, localisées cette fois au niveau de la vésicule biliaire. Diagnostic : colique hépatique. Morphine. Cessation immédiate des douleurs.

Le 19, nouvelle crise. Même traitement. Même soulagement, mais beaucoup moins long.

Depuis ce jour, les crises se rapprochent de plus en plus, toujours exactement au même point. Quand on demande au malade d'en indiquer le siège, c'est invariablement sur la région vésiculaire qu'il pose le doigt. Apyrexie presque complète. Une seule fois le thermomètre monte à 38°. Pas de constipation, à peine un à deux vomissements.

Douleurs de plus en plus violentes.

Laparotomie exploratrice pour calculs vésiculaires ; on trouve une gangrène intestinale étendue. On s'abstient de toute intervention.

Mort dans la nuit.

Autopsie : Anses intestinales au-dessous de l'appendice xyphoïde sont tuméfiées et d'une coloration rouge foncé un

peu violacé. Mésentère épaissi et hypérémié, côlon un peu gonflé jusqu'à l'S. iliaque.

La cavité du bassin renferme 40 centimètres cubes de liquide hémorrhagique et un caillot contenant des bulles gazeuses.

Foie non hypertrophié. Vésicule, pas de calculs. Rate hypertrophiée.

En extrayant de la cavité abdominale l'intestin grêle, on contaste, au-dessus de la courbure duodéno-jéjunale la présence, dans les vésicules mésentériques, de thrombus qui s'étendent de la séreuse intestinale encore peu modifiée, mais à 20 centimètres au-dessous de cette courbure, la paroi intestinale commence à présenter une rougeur accentuée qui passe bientôt à une véritable infiltration hémorrhagique. L'infarctus intestinal occupe une longueur un peu inférieure à 3 mètres.

Les thrombus remplissent les veines mésentériques. Le tronc de la veine mésentérique supérieure contient le prolongement d'un thrombus ancien de la veine rénale.

Mésentère épaissi par les veines thrombosées et par l'infiltration hémorrhagique.

L'appendice est collé sur l'intestin par des adhérences fibreuses. Sa cavité renferme un mucus grisâtre. Sa muqueuse est fortement tuméfiée et hypérémiée.

Observation 15 (Leclerc et Cotte).

Homme, 47 ans. Entré à l'hôpital le 7 décembre 1910, avec le diagnostic de coliques hépatiques. Sujet depuis 18 ans a des coliques analogues.

Début de la crise actuelle, la veille, par une douleur abdominale violente.

Le lendemain, vomissements. A l'entrée : douleurs très violentes, prédominance au niveau de l'hypocondre droit. Après un semblant d'amélioration, reprise plus violente des

symptômes qui font penser à une péritonite généralisée à point de départ appendiculaire.

Opération (Dr Poncet). Laparotomie ; cæcum et appendice sains. Teinte pâle, grisâtre. La portion tout à fait terminale de l'iléon a une teinte rouge noirâtre sur 5 à 6 centimètres.

L'intestin qui précède immédiatement la fin de l'iléon est complètement sphacelé. Il frappe surtout, par sa coloration blanc jaunâtre rappelant celle du mastic et par sa minceur considérable.

Ablation de tout l'intestin sphacelé. Section du mésentère en tissu malade. Anastamose iléo-colique au bouton. Mort : 12 heures après. A la coupe, les veines mésentériques sont toutes thrombosées.

Observation 16 (Burgen).

Homme, 65 ans, pris brutalement de diarrhée et de douleur dans le côté gauche de l'abdomen.

Le lendemain, signes d'occlusion intestinale.

Le 3e jour, le malade peut vaquer à ses occupations.

Le 4e jour, demi-coma qui augmente jusqu'au 7e jour. Température : 39°. Mort le 8e jour.

Diagnostic hésitant entre intoxication, typhoïde, méningite cérébro-spinale, coma diabétique ou anémique.

Autopsie : Foie cirrhotique atrophique, veine mésentérique supérieure obturée par thrombus jusqu'à l'embouchure de la veine splénique. Deux anses intestinales sphacelées. Cavité abdominale contenait 150 grammes de liquide.

CONCLUSIONS

I. — L'oblitération des vaisseaux mésentériques a donné lieu, depuis une vingtaine d'années, à de nombreux travaux. Le nombre des cas publiés en France nous a paru encore suffisamment restreint pour autoriser la publication d'une nouvelle observation clinique.

II. — Bien différenciée, au point de vue anatomo-pathologique, pathogénique et étiologique, l'oblitération des vaisseaux mésentériques se traduit cliniquement par des symptômes souvent peu nets et peu caractéristiques, et dans ces cas, le diagnostic exact de la lésion ne peut être fait qu'au moment de l'intervention chirurgicale; quelquefois même, seulement à l'autopsie.

III. — Dans ses formes typiques, l'oblitération des vaisseaux mésentériques se présente avec des symptômes et une évolution assez spéciale : début brusque, dramatique avec douleur périombilicale, diarrhée séro-sanguinolente, vomissements. A cette première période fait suite une seconde phase caractérisée par l'apparition rapide de symptômes d'occlusion intestinale.

IV. — Cette forme typique est malheureusement exceptionnelle et, dans la grande majorité des cas, en

présence de ces accidents et en raison de la rareté de l'oblitération des vaisseaux mésentériques, on pense plutôt à une occlusion intestinale, à une perforation, à une appendicite ou même à une pancréatite aiguë et c'est l'intervention chirurgicale qui permet de préciser le diagnostic.

Les symptômes qui pourront mettre sur la voie du diagnostic d'oblitération des vaisseaux mésentériques sont, outre la douleur et le début brusque, la diarrhée séro-sanguinolente et surtout l'entérorrhagie, mais ce dernier symptôme est loin, malheureusement d'être fréquent. La constatation, à la palpation, dans la région péri-ombilicale,de l'anse infarctée est également un bon signe qui est trop souvent masqué par le météorisne abdominal.

V. — L'importance d'un diagnostic précoce est cependant capitale, car ce diagnostic provoquera l'intervention chirurgicale immédiate qui constitue, pour le malade, la seule chance de salut. Selon l'état de l'opéré on pratiquera ou bien une entérectomie avec suture bout à bout de l'intestin après résection de l'anse infarctée, ou bien un abouchement de l'intestin à la paroi.

Vu : le Président,
M. LETULLE

Vu . le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

BIBLIOGRAPHIE

Autefage. — Thrombose des vaisseaux mésentériques au niveau d'une anse grêle. Résection. Guérison. *Société de Chirurgie*, 22 Mai 1918.

Auvray. — Infarctus hémorrhagique de l'intestin par thrombose veineuse. *Société de Chirurgie*, 27 Janvier 1909.

Boinet. — Infarctus hémorragique de l'intestin. *Acad. de médecine*, Paris, 16 Janvier 1912.

Bouchy. — Des lésions intestinales consécutives à la thrombose de la veine porte ou de ses branches d'origine. *Thèse Paris*, 1894.

Chavannaz et Guyot. — Maladies du mésentère. *Traité de chirurgie* Le Dentu et Delbet.

Claisse et Abrami. — Embolie mésentérique. *Société Médicale des Hôpitaux*, Avril 1905.

Desprez. — Thrombose de l'artère mésentérique. *Société Anatomique*, 1834.

Gallavardin. — Embolies et thromboses mésentériques. *Gazette des Hôpitaux*, Août 1901.

Gayet. — Laparotomie par infarctus total de l'intestin. *Lyon chirurgical*, 1910.

Hébert de la Rousselière. — L'oblitération des vaisseaux mésentériques. *Thèse de Paris*, 1914.

Jacoulet. — L'infarctus hémorragique de l'intestin. *Gazette des Hôpitaux*, 1909, n° 121.

Lagane. — Les artérites intestinales. *Thèse Paris*, 1912.

Leclerc. — Embolie mésentérique supérieure. *Lyon médical*, 1905, n° 3.

Leclerc et Cotte. — L'oblitération des vaisseaux mésentériques. *Lyon chirurgical*, 1er Mai 1911.

Lecène (P.). — Infarctus hémorragique de l'intestin grêle par thrombose mésentérique. *Société Anatomique*, 1911, p. 291.

Lerat et Cléret. — Oblitération des vaisseaux mésentériques. *Bull. Soc. Anat.*, 1910, p. 776.

Letulle et Lagane. — Apoplexie intestinale. Thrombo-artérites syphilitiques multiples. *Bull. et Mém. Soc. Anat.*, 1911, p. 149.

Mauclaire. — Oblitération des vaisseaux mésentériques. *Arch. générales de Chirurgie*, 1908.

Mériel. — Infarctus hémorragique de l'intestin grêle. *Province Médicale*, 1909, 3 Avril.

Molière. — De l'embolie des artères mésentériques. *Lyon Médical*, 1871.

Mollard. — Embolie mésentérique supérieure. *Lyon Médical*, 1907, 20 Janvier.

Mouchet. — Thromboses et embolies mésentériques. *Presse Médicale*, 1904.

Mousset. — Embolies des artères mésentériques. *Thèse de Bordeaux*, 1907.

Parmentier et Chabrol. — Infarctus hémorrhagique de l'anse sigmoïde. *Arch. des maladies du tube digestif*, Février 1908.

Patel. — Résection intestinale par infarctus. *Lyon chirurgical*, 1er Juillet 1910.

Pauchet. — Occlusion des vaisseaux mésentériques. *La Clinique*, 1911, n° 29.

Pilliet. — Thrombose de la veine mésentérique supérieure. *Soc. Anatomique*, 1889.

Piéry et Dumas. — Embolie mésentérique supérieure. *Province Médicale*, 21 Décembre 1907.

Robert. — Les embolies mésentériques. *Thèse Paris*, 1907.

Roussel. — Infarctus hémorragique de l'intestin consécutif à une thrombo-phlébite mésaraïque. *Thèse Paris*, 13 Déc. 1905.

Sauvé. — De l'oblitération des vaisseaux mésentériques. *Journal de chirurgie* (Novembre 1910).

Thévenot et Rey. — Thrombose de l'artère mésentérique supérieure simulant une tumeur abdominale. *Arch. générales de Chirurgie*, 25 Novembre 1911.

Touraine et Lépinay. — Infarctus hémorragique de l'intestin grêle par thrombose de l'artère mésentérique. *Soc. Anatomique*, 1908, p. 315.

Zesas. — Die thrombose und embolie der mesentérialgefasse. *Centralblatt fur d. Grenzgebieten der. Medizin und Chirurgie*, Juin 1910.

Nota. — Nous renvoyons pour la bibliographie complète et, en particulier pour les mémoires étrangers, aux travaux de Hébert de la Rousselière, de Sauvé et de Zesas.

Coulommiers. — Imp. Dessaint et Cie.